

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

No. _____

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

le Docteur Paul DEHERGNE

Interne à l'Hôpital Saint-Michel de Paris

Né à Cholet (Maine-et-Loire)

le 2 Février 1898

LE

TRAITEMENT DU MOIGNON

dans

l'Opération de l'Appendicite à froid

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1925

THÈSE

N^o _____

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

le Docteur Paul DEHERGNE

Interne à l'Hôpital Saint-Michel de Paris

Né à Cholet (Maine-et-Loire)

le 2 Février 1898

LE

TRAITEMENT DU MOIGNON

dans

l'Opération de l'Appendicite à froid

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUVRY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDAUNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.	LABBE (Henri) . .	Chimie biologique.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	LE LORIER . . .	Obstétrique.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.	LEMJERRE . . .	Pathologie médicale.
BINET. . . .	Physiologie.	LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
BRANCA . . .	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULE	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRE	Hygiène.	PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
de JONG . . .	Anatomie pathologique.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils . . .	Physiologie.
ECALLE	Obstétrique.		Anatomie.
RESSINGER . .	Pathologie médicale.		Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment ^{1e}	TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
HOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
	Physiologie.	RETTERER. . . .	Histologie.
BOUGEROT . . .	Pathologie médicale.	MM.	Anatomie pathologique.
GUENIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LOEPER : . . .	Clinique médicale.
Laignel-Lavastine .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale infantile.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé de cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

En gage de tendre et reconnaissante affection.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Nantes.

Comme expectant :

M. LE PROFESSEUR RIVET (in memoriam) (1917)

M. LE PROFESSEUR MONNIER, Amédée

M. LE DOCTEUR PASQUEREAU

M. LE PROFESSEUR BAHUAUD

M. LE PROFESSEUR BUREAU, Maurice

Comme externe :

M. LE DOCTEUR BIANCHI

M. LE PROFESSEUR LERAT, Henri

M. LE PROFESSEUR GENDRON

M. LE PROFESSEUR BRELET

A Paris :

Comme interne :

M. LE PROFESSEUR PAUCHET

A M. LE DOCTEUR DE MARTEL

*Dont la haute compétence et
les nombreux travaux ont
largement contribué à faire
connaître la méthode de
non-enfouissement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En le remerciant du très
grand honneur qu'il nous
fait en voulant bien accep-
ter la présidence de notre
thèse.*

AVANT-PROPOS

Nous tenons tout particulièrement à remercier Monsieur le Professeur Lerat, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, qui a bien voulu mettre à notre disposition pour ce travail les documents nécessaires et nous a guidé de ses précieux conseils. Nous lui en exprimons notre très profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

On aurait pu croire jusqu'à ces dernières années que l'opération de l'appendicite à froid était bien réglée, codifiée pour ainsi dire, et que les chirurgiens qui la pratiquaient employaient la même technique à quelques minimes détails près.

Il n'en est rien.

La communication de M. T. de Martel à la Société de Chirurgie (Séance du 21 décembre 1921) sur les sutures du gros intestin et l'enfouissement du moignon appendiculaire montra combien sont différentes les idées des chirurgiens sur ce point de technique intéressant. Elles restent différentes. C'est du moins ce qui ressort des discussions qui suivirent la communication de M. T. de Martel et qui furent reprises au cours de sept séances ultérieures, c'est-à-dire pendant environ trois mois.

Les différents chirurgiens qui prirent part à ces discussions exposèrent leur technique et la façon dont ils traitent le moignon appendiculaire.

Les uns l'enfouissent, employant des procédés variés mais qui atteignent tous le même but; les autres, comme M. T. de Martel laissent le moignon libre dans la cavité péritonéale. A l'appui de ces deux techniques opposées des statistiques furent mises à jour.

Enfin tout récemment, à la séance du 6 mai 1925 de la Société de Chirurgie, M. T. de Martel publia un rapport au sujet de Réflexions adressées à la Société de Chirurgie par M. Macdonald, de Huelva (Espagne) à propos de l'enfouissement du moignon appendiculaire. En terminant, M. T. de Martel apporta une nouvelle statistique intéressante.

Au début de nos études médicales, fréquentant les différentes salles d'opération de l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons vu les différents chirurgiens qui opéraient des appendicites à froid enfouir soigneusement le moignon appendiculaire. Depuis deux ans environ nous avons remarqué que quelques-uns de ces chirurgiens qui enfouissaient n'enfouissent plus, et nous avons constaté que les suites opératoires, loin d'être aggravées par cette modification dans la technique, semblaient au contraire s'être améliorées.

M. le Professeur Henri Lerat, qui de 1910 à 1922 avait toujours enfoui et qui depuis la première communication de M. T. de Martel a abandonné cette technique pour ne plus enfouir, a bien voulu mettre à notre disposition sa statistique d'appendicectomies à froid comprenant 340 cas et nous inspirer le sujet de cette thèse. Nous lui exprimons l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Après avoir fait brièvement l'historique de la question, nous nous appliquerons à décrire successivement les deux méthodes de traitement du moignon appendiculaire (enfouissement ou non-enfouissement)

Nous exposerons les avantages que les différents chirurgiens reconnaissent à chacune de ces méthodes

et les inconvénients qu'ils reprochent à l'une et à l'autre.

Après avoir cité différentes statistiques, nous en arriverons aux conclusions qui semblent s'en dégager en même temps que des différentes discussions qui ont eu lieu à ce sujet.

HISTORIQUE

Le mémoire publié par Melier en 1827 « sur quelques maladies de l'appendice cœcal », ayant passé inaperçu, c'est du jour où sous l'influence des chirurgiens américains (Reginald Fitz et Mac Burney entre autres) la notion d'appendicite se substitua à celle de la typhite défendue par Albers de Bonn et à celle de la pérityphlite et des phlegmons iliaques soutenue par Daum Menière et Grisolle, que le traitement se trouva orienté vers une voie nouvelle : la voie chirurgicale.

Plusieurs noms dominent l'histoire de l'appendicectomie. En France il faut citer Jalagnier, Walther, Brun, Quènu, Broca, Monod, Legueu, Routier, Schwartz, Vanverts, Gosset, Berard et Vignard et tant d'autres dont les travaux resteront justement célèbres.

Il faudrait y joindre Roux, en Suisse, qui décrivit l'un des premiers le manuel opératoire et donna son nom à une incision.

Parallèlement d'autres travaux étaient faits en Allemagne avec Kelly, Sonnenburg, Sprengel.

Le premier, Trèves, en Angleterre, enlevait à froid un appendice (1888).

En France, Reclus, en 1890, faisait la première

appendicectomie à chaud; Schwartz, en 1891, la première appendicectomie à froid. Routier, quelques mois plus tard, pratiquait la même intervention.

Etant donné le grand nombre de chirurgiens qui presque simultanément étudièrent la question et firent des appendicectomies, il devait résulter un certain nombre de techniques. Au point de vue qui nous intéresse plus particulièrement ici, nous constaterons que dès le début de la période chirurgicale de l'appendicite, certains chirurgiens pratiquèrent de façon méthodique l'enfouissement sous-séreux du moignon appendiculaire après écrasement ou cautérisation et que d'autres au contraire laissèrent libre dans l'abdomen le moignon non péritonisé.

Écoutons par exemple M. Routier : « En juin 1891, » dit-il, je crois avoir été à Paris l'un des premiers » chirurgiens opérant une appendicite; j'ai donc été » obligé d'établir ma technique moi-même... Voici » comment je procédai à ma première opération : » L'appendice mis au jour, je liai fortement le méso » avec un catgut fin; puis je plaçai une double liga- » ture à la base de l'appendice, toujours au catgut. » Prenant une pince de Kocher, je m'en servis pour » repousser de la ligature vers l'appendice ce qui pou- » vait exister dans la cavité et à un centimètre de la » ligature je serrai la pince; je pratiquai au thermo » la section de cet appendice entre la ligature et la » pince, évitant ainsi toute contamination possible, » soit de la plaie abdominale, soit de l'intestin sous- » jacent par les éclaboussures possibles pendant la » section. Le moignon fut alors soigneusement cauté-

» risé, sa muqueuse détruite et ses bords singulière-
» ment diminués; alors seulement je réduisai le tout
» dans l'abdomen. Les suites furent parfaites, c'est la
» raison pour laquelle je recommençai à agir de même
» à la première occasion, et comme je n'ai jamais eu
» d'accidents de ce fait, j'ai toujours continué. Sur
» 2,215 cas, je n'ai pas eu de complications dues à la
» manière dont a été traité le moignon.»

Ainsi donc, dès le début, se trouvèrent en présence des chirurgiens enfouisseurs et des non-enfouisseurs. De temps à autre, les opérateurs des deux écoles furent appelés à comparer leurs techniques et leurs résultats. On fit ainsi des enquêtes pour chercher à connaître quelle était la meilleure technique opératoire de l'appendicectomie à froid en se basant sur les meilleures statistiques.

En 1904, Seelig, chirurgien de l'Hôpital du Mont-Sinaï, de New-York, publia dans les *Annals of Surgery*, n° 143, de novembre 1904, un travail sur le traitement du moignon après extirpation de l'appendice. Seelig, dans cet article, reproche à tous les procédés d'enfouissement de provoquer des complications post-opératoires quelquefois graves. Il oppose à cette technique de l'enfouissement sa statistique de 1,500 cas opérés sans enfouir et sans un seul insuccès.

En 1908 une enquête sur ce sujet fut faite par Murrat Willis : 125 chirurgiens des Etats-Unis, tous membres de l'« American Surgical Association », y prirent part.

Murrat Willis, enfouisseur, conclut à la nécessité de l'enfouissement, de nombreuses complications étant survenues à la suite de non-enfouissement à un cer-

tain nombre de chirurgiens. Voici d'ailleurs certains des accidents observés :

1° Plusieurs cas de péritonite ou de suppuration persistante;

2° Un cas de sphacèle du moignon;

3° Un cas de ligature ayant lâché.

D'autres accidents ont été aussi imputés au non-enfouissement avec plus de bienfondé, semble-t-il au premier abord, telles les adhérences, voire les cas d'occlusion intestinale y pouvant faire suite. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

A la suite de l'enquête de Murrat Willis, la majorité des chirurgiens se rallia à l'enfouissement. D'ailleurs cette méthode n'était-elle pas plus en rapport avec les lois de la chirurgie moderne?

N'avait-on pas comparé le moignon appendiculaire au moignon salpyngien ou à celui d'un utérus amputé et n'en avait-on pas conclu que comme ceux-ci il devait être péritonisé avant d'être enfoui dans la cavité abdominale selon la plus élémentaire des lois de chirurgie.

Il appartient à l'éminent opérateur qu'est M. T. de Martel de rappeler à nouveau l'attention du monde chirurgical sur la méthode du non-enfouissement et, statistiques en mains, d'en consacrer définitivement la valeur. La communication qu'il présenta en 1922 à la Société de Chirurgie eut un retentissement considérable et les discussions qui la suivirent furent fertiles en enseignements.

Presque toutes les hautes compétences de la science chirurgicale française y prirent part. Qu'il y ait eu parmi ces techniciens un nombre bien supérieur d'en-

fouisseurs, il n'y a pas là de quoi nous étonner après les conclusions de Murrat Willis. Actuellement encore il y a un grand nombre de chirurgiens qui pratiquent l'enfouissement. Certes leurs statistiques peuvent être excellentes. Mais celles des non-enfouisseurs ne le sont pas moins.

I^{re} PARTIE

De l'Enfouissement

TECHNIQUE OPERATOIRE. — Il serait peu logique de notre part de décrire la technique d'un temps opératoire sans rappeler d'une façon aussi succincte que possible les diverses phases de l'opération en général ; sans situer en un mot en son lieu et place ce temps qui nous intéresse ici. Nous schématiserons donc très brièvement le manuel opératoire de l'appendicectomie, quitte à nous étendre spécialement sur la technique de l'enfouissement.

APPENDICECTOMIE AVEC ENFOUISSEMENT DU MOIGNON. — L'ablation de l'appendice se décompose en 5 temps principaux qui sont :

- A. — Incision des téguments ;
- B. — Recherche de l'appendice ;
- C. — Son ablation ;
- D. — Enfouissement du moignon ;
- E. — Fermeture de la paroi.

A. — **Incision des téguments.** — Plusieurs incisions sont employées. On peut, en effet, pour aborder l'appendice passer :

- 1) Par la gaine du droit ;

- 2) le long du bord externe du droit;
- 3) à travers les muscles larges (grand oblique, petit oblique et transverse).

1° *Incision par la gaine du droit.* — Procédé de Jalaguier. Incision verticale, longue de 2 à 3 travers de doigt, située à 1 centimètre en-deçà du bord externe de la gaine du grand droit sur le muscle par conséquent. Le point de Mac Burney répond sensiblement au milieu de ce tracé. Incision de la peau, du feuillet aponévrotique antérieur, réclinaison en dedans de la masse musculaire, incision identique du feuillet postérieur puis du péritoine. L'incision de Jalaguier est pratiquement la voie de choix ; c'est une garantie contre l'éventration d'avoir une masse musculaire comme celle du grand droit interposée entre les sections aponévrotiques, rompant après libération du muscle la solution de continuité de la plaie chirurgicale. C'est un procédé anatomique, car il occasionne le minimum de délabrement ;

2° *Incision le long du bord externe du droit.* (Procédé de Max Schuller et Walther.) — Incision de la peau variant comme longueur entre trois et dix centimètres. Incision de l'aponévrose du grand oblique à 1 centimètre environ du bord externe de la gaine du droit. On fait un pli à l'aide de 2 pinces sur les petit oblique et transverse au niveau du point où les fibres musculaires s'insèrent sur leur aponévrose, et on sectionne au niveau de cette insertion. Incision du Fascia Transversalis et du péritoine. Cette incision qui semble être très employée à l'heure actuelle a l'avantage de permettre d'arriver très facilement sur le cœcum et sur l'appendice. Enfin elle permet de faire

une bonne reconstitution de la paroi, car aucun muscle n'est lésé; seules les aponévroses sont sectionnées et le petit oblique et le transverse ne sont que désinsérés;

3° *Incisions à travers les muscles larges. (Grand oblique, petit oblique et transverse.)*

a) *Incision de Mac Burney.*

Incision parallèle au bord externe du droit à deux centimètres de ce bord. Dissociation des fibres du grand oblique, faite parallèlement à la direction de ces fibres, sans les sectionner. Dissociation des fibres de la deuxième couche musculaire constituée par le petit oblique et le transverse; elle est faite parallèlement à la direction de ces fibres, qui est elle-même perpendiculaire à la direction de celles du grand oblique. Incision du fascia transversalis et du péritoine.

Cette incision de Mac Burney par dissociation musculaire mettrait davantage à l'abri d'une éventration ultérieure. Elle a l'inconvénient d'être difficile à agrandir dans les cas où l'on éprouve des difficultés à trouver ou à extirper un appendice en position anormale ou adhérent.

b) *Incision de Roux.*

Incision juxta-épineuse. Incision oblique, parallèle au ligament de Poupart, dont le centre répond à un travers de doigt, c'est-à-dire à deux centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure. On incise couche par couche les muscles larges jusqu'au fascia transversalis. Incision de ce fascia et du péritoine.

L'incision de Roux, transmusculaire, peut, dans certains cas, être écartée de l'épine iliaque. Qu'elle en

soit plus ou moins éloignée, cette incision comporte la section des fibres musculaires ; aussi prédispose-t-elle singulièrement aux éventrations. Pour cela même elle est à l'heure actuelle abandonnée par presque tous les chirurgiens dans l'opération de l'appendicite à froid.

B. — Recherche de l'appendice. — Après l'ouverture du péritoine on va à la recherche du cœcum. Deux points de repère s'offrent au chirurgien : l'abouchement de l'iléon dans le cœcum, les bandelettes longitudinales du cœcum.

En suivant l'une de ces bandelettes, l'antérieure particulièrement, on est conduit sur le point d'insertion de l'appendice que l'on attire au-dehors, en extériorisant en même temps le fond du cœcum. Cette extériorisation de l'appendice et du fond de l'ampoule cœcale est parfois facile. Mais elle est parfois laborieuse par suite d'adhérences plus ou moins difficiles à libérer. Le temps de la libération des adhérences, lorsqu'il y en a, est un des plus délicats et celui qui fournit à l'opérateur le plus de surprises désagréables. Il est souvent avantageux de mettre le sujet en position légèrement déclive afin d'opérer plus facilement.

C. — Ablation de l'appendice. — La portion terminale du cœcum et l'appendice sont hors de la plaie ; une pince de Kocher est fixée sur l'organe et étreint sa lumière. L'opérateur traverse le méso-appendice aussi près que possible de l'insertion cœcale du vermium ; il a soin de constater que sa ligature comprend bien d'un côté le méso et son artère (constante) et de l'autre côté l'appendice. Lier d'un même côté

l'artère et l'organe pourrait ménager de gros ennuis; la constriction étant en ce cas moins effective. Un fil unique sert à faire la double ligature (catgut ou fil de lin). Le chirurgien sectionne ensuite aux ciseaux le méso-appendice : il coupe l'appendice soit au thermocautère, soit au bistouri. L'appendice est alors détaché avec la pince qui l'obture de façon à éviter la contamination du champ opératoire par le liquide septique qu'il peut contenir. Enfin, on brûle à fond la muqueuse du moignon avec la pointe fine du thermo.

D. — **Enfouissement du moignon.** — Les chirurgiens qui enfouissent alors le moignon appendiculaire dans un repli de la séreuse cœcale avant de replacer le cœcum dans la cavité abdominale ont le choix entre plusieurs procédés. Ils peuvent le faire : 1° par collerette; 2° par surjet; 3° par points séparés; 4° par ligature en bourse; 5° enfin par accolement du repli graisseux iléo-appendiculaire sur le moignon.

1° *Procédé de la collerette.* — Il a été très employé autrefois et en particulier par Terrier. On fait à 1 centimètre ou à 1 cent. 1/2 de la base de l'appendice une incision circulaire du revêtement péritonéal séparé des autres tuniques par une sous-séreuse qui constitue un plan de clivage.

On constitue ainsi comme une petite collerette séreuse qu'on retrousse sur le cœcum. Après section de l'appendice et cautérisation du moignon on ferme la collerette retroussée au moyen d'un petit surjet.

2° *Surjet.* — Avec l'aiguille à coudre enfilée d'un fil de lin l'opérateur commence un surjet à deux centimètres au delà du moignon; il continue par dessus et

dépasse encore le moignon de deux centimètres environ; il arrête alors son surjet; *la lèvre* d'enfouissement est *linéaire*.

3° *Avec les points séparés*. — Il peut faire exactement le même travail et obtient le même dessin.

4° *La ligature en bourse*. — Procédé de choix; consiste à faufiler un fil de lin de distance en distance en décrivant un cercle dont le moignon représente le cercle; tandis que le chirurgien tire sur les deux extrémités du fil, l'aide exerce sur le moignon une légère pression avec une pince de Kocher fermée; celui-ci s'enfouit alors de lui-même cependant que la paroi cœcale se fronce au-dessus de lui et se ferme finalement. Il ne reste plus qu'à lier les extrémités du fil, on obtient ainsi une image étoilée.

A en croire les enfouisseurs, la manœuvre d'enfouissement ne présente jamais de difficultés. « Si l'on » a affaire à des cœcums particulièrement minces. » pauvres en tunique musculaire et distendus, dit » M. Mouchet, on peut toujours arriver à utiliser » pour une suture en bourse les bandelettes longitudinales, les appendices graisseux, voire le méso- » appendice. »

5° *Procédé d'accolement du repli graisseux iléo-appendiculaire*. — Certains chirurgiens, sans enfouir à proprement parler, rabattent sur le moignon appendiculaire un repli graisseux. Et pour ce faire ils passent dans ce repli les deux chefs du fil de ligature du moignon qu'ils nouent ensuite. De cette façon le repli graisseux s'applique plus ou moins bien sur le moignon.

On ne peut, du reste, considérer ce procédé comme

véritablement un procédé d'enfouissement. Ajoutons que dans bien des cas il est très difficile, pour ne pas dire impossible à exécuter à cause du peu de développement de ce repli iléo-appendiculaire.

Il nous faudrait encore décrire d'autres méthodes d'enfouissement, non plus en nous basant sur la suture dont on use pour enfouir, mais sur ce que l'on enfouit, c'est-à-dire le moignon lui-même.

Certains chirurgiens sectionnent l'appendice au thermo-cautère suivant la pratique de M. Jalaguier. Cette section doit être suivie d'une cautérisation très soignée allant jusqu'à la destruction totale de la muqueuse appendiculaire et portant également sur les tuniques séreuses et musculueuses de façon à réduire au minimum le volume du moignon; il ne faudrait pas cependant dans une cautérisation trop poussée mettre en danger la solidité de la ligature appendiculaire. C'est dire tout le soin qu'il faut apporter à ce temps opératoire; on cherche à obtenir un moignon aussi réduit que possible.

D'autres opérateurs trouvant que le moignon précédemment traité reste malgré tout volumineux et prétendant d'autre part que les tissus escharifiés que laisse la cautérisation sont pour les microbes un champ de culture idéal refusent l'usage du thermo-cautère et préfèrent la section au bistouri ou aux ciseaux après écrasement simple. Cette façon de faire a encore l'avantage d'éviter la contamination du champ opératoire par les « postillons qu'une cautérisation un peu rapide peut déterminer ». Voici la technique que décrit M. Chevrier : « J'écrase l'appendice

» à sa base avec un écraseur un peu large; à la limite
» cœcale de l'écrasement je mets le fil de ligature, à la
» limite distale je mets une pince dite oblitérante qui
» empêche le contenu de l'appendice de couler et je
» coupe au bistouri entre la pince et le fil.» D'autres
chirurgiens ne sectionnent l'appendice écrasé et lié
qu'après avoir fait autour de lui une couronne de
points au fil de lin; aussitôt coupé, le moignon est
enfoui dans la suture en bourse; de la sorte les ris-
ques de contamination sont réduits au minimum.
Quoi qu'il en soit, le moignon obtenu par écrasement
diffère du moignon cautérisé en ce qu'il est plus
souple et moins volumineux.

Il serait plus intéressant de savoir par quel procédé
on obtient un moignon aseptique. Pour M. Routier,
la stérilisation ne peut être complète que par l'emploi
du thermo-cautère; M. Jalaguier lui-même n'a-t-il pas
dit qu'il n'a plus observé d'accidents de suppuration
« du jour où il a stérilisé soigneusement ses moignons
au thermo et les a enfouis » la première proposition
étant seule digne d'être prise en considération.
D'autres chirurgiens au contraire préfèrent un moi-
gnon écrasé; réduit à ses tuniques musculieuse et
séreuse, la tunique muqueuse étant sectionnée et
refoulée dans l'acte de l'écrasement, ce moignon pré-
senterait le maximum de garantie au point de vue
asepsie. M. de Martel ne voit là que des déductions
théoriques; il résulte de ses expériences que « le
» moignon appendiculaire écrasé ou très profondé-
» ment cautérisé est toujours septique, mais les cul-
» tures de la partie écrasée du moignon semblent

» pousser plus vite et plus abondamment que celles
» du moignon cautérisé.»

Dans la statistique de M. le Professeur H. Lerat que nous citons plus loin et qui porte sur 340 cas :

160 fois l'enfouissement a été pratiqué après cautérisation au thermocautère;

180 fois l'enfouissement n'a pas été fait. Dans ces 180 cas sans enfouissement, la stérilisation du moignon a été faite 75 fois par cautérisation au thermocautère et 105 fois par attouchement à la teinture d'iode. Et il ne semble pas que la stérilisation n'ait pas été au moins aussi bien obtenue par l'attouchement à la teinture d'iode que par la cautérisation avec le thermo-cautère.

Quel que soit le moignon, quelle que soit la méthode de suture employée, le but reste toujours le même. Pour les enfouisseurs il est *nécessaire* de péritoniser la surface du moignon appendiculaire avant de réduire le cœcum dans l'abdomen. Ils obéissent ainsi à la loi générale de la chirurgie abdominale qui consiste à ne pas abandonner dans la cavité péritonéale des surfaces ou des pédicules non péritonisés.

E. — **Fermeture de la paroi.** — a) Incisions de Roux, Mac Burney, Max Schuller et Walther. On réunit successivement les lèvres des plaies :

Péritonéale par un surjet au catgut;

Musculaire ou aponévrotique par des points profonds;

Cutanée par des agrafes de Michel ou des crins de Florence.

b) Incision de Jalaguier. -- Après avoir réuni le péritoine, il faut refaire successivement la paroi posté-

rière de la gaine du grand droit et, après avoir libéré le muscle érigé en dedans, refaire à son tour la paroi aponévrotique antérieure de la gaine : puis on fermera la brèche cutanée après coaptation des bords.

Telle est la technique généralement adoptée en France; mais nombreuses sont les modifications de détail que peuvent y porter les différents chirurgiens.

AVANTAGES QUE L'ON ATTRIBUE AU PROCÉDE DE L'ENFOUISSEMENT

Il nous faut bien constater qu'aujourd'hui encore cette pratique de l'enfouissement semble être en honneur chez la majorité des chirurgiens. Pourquoi?

Y a-t-il des avantages réels à pratiquer l'enfouissement? Y a-t-il d'autre part des inconvénients sérieux à ne pas le faire? Nous étudierons de pair ces deux facteurs qui visent au même but et nous semblent par suite intimement liés. Nous discuterons en même temps la valeur des arguments fournis dans chaque ordre d'idée.

Les enfouisseurs apportent à l'appui de leur thèse les arguments suivants :

A. — **On ne doit jamais laisser une surface cruentée dans la cavité abdominale**; il faut la péritoniser avant de la libérer. C'est là un principe élémentaire de chirurgie; le moignon appendiculaire ne doit pas faire exception à cette règle générale; de même qu'un moignon de ligament large ou d'utérus amputé doit être enfoui sous une suture de péritoine de même le moignon de l'appendice doit être recouvert par la séreuse cœcale.

Tel est le premier argument cité par les enfouisseurs, argument d'ailleurs purement théorique.

De prime abord, est-il juste d'assimiler les divers moignons, le moignon salpyngien par exemple et le moignon appendiculaire? Nous ne le pensons pas. Dans le premier cas, en effet, nous sommes en présence d'un moignon non traumatisé et richement vascularisé. Bref, nous avons affaire à des tissus bien vivants. Au contraire, pour ce qui touche l'appendice, nous trouvons un moignon anémié, carbonisé si l'on s'est servi du thermo-cautère, ou dilacéré (ce qui au point de vue vital ne vaut guère mieux) si l'on s'est servi de l'écraseur. Et l'on voudrait encore enfouir un tel moignon, c'est-à-dire gêner sa nutrition, retarder ses rapports sanguins. Nous pensons qu'il ne faut pas s'obstiner à assimiler entre eux le moignon salpyngien et le moignon appendiculaire. Nous estimons que ce qui dans un cas peut être excellent, ne peut avoir dans l'autre que des effets nuisibles, puisque les circonstances sont inversées. D'ailleurs toute loi ne comporte-t-elle pas en elle-même d'exception. Voici ce que dit à ce sujet J. Shelton Horsley : « Il est entendu » qu'on ne doit pas laisser de surface dénudée dans la » cavité péritonéale si l'on peut faire autrement; c'est » la règle, la doctrine, mais il y a des exceptions; » parce que le moignon d'un utérus amputé est » enfoui on suppose que celui d'un appendice doit » toujours être traité ainsi; après hystérectomie, le » pédicule est mis au contact de tissus bien vascularisés; au contraire, le moignon appendiculaire est » enfoui dans la cavité du cœcum; la nutrition des » tissus traumatisés dépend et de la lésion et de la

» facilité avec laquelle la circulation du sang se rétablit au niveau de cette lésion. »

Ce n'est donc pas sur de simples données théoriques qu'il faut se baser pour établir l'unité des lois chirurgicales. Et lorsque ces lois existent il n'est pas toujours juste de vouloir les appliquer obstinément à tous les cas qui peuvent se présenter en pratique. Pour nous, en ce qui touche le moignon appendiculaire, nous verrons au contraire une exception à la règle générale de l'enfouissement.

B. — **Le non-enfouissement serait inesthétique au dire des enfouisseurs.** — Cet argument est inexistant. Point n'est besoin de longs commentaires pour montrer le peu d'intérêt que présentent les lois de l'esthétique en matière chirurgicale. Le malade qui se fait opérer réclame simplement une intervention efficace sans se préoccuper plus de la beauté de la technique opératoire. Les non-enfouisseurs pourraient d'ailleurs répondre que ce moignon inesthétique n'existe pas longtemps. M. le Docteur de Martel cite le cas d'un malade opéré par lui d'appendicite et réopéré ensuite par M. Walther, rue Blomet. Non seulement il n'y avait pas traces d'adhérences, mais il était impossible de reconnaître le lieu d'implantation de l'appendice sur le cœcum, absolument lisse et uni.

C. — **La production d'adhérences.** — Voilà surtout le gros reproche que les enfouisseurs font à la méthode de non-enfouissement.

On en a décrit de maintes sortes, adhérences cœcopariétales, cœco-épiploïques, cœco-iléales. Plusieurs observations ont été rapportées. Rappelons celles citées

au cours de l'enquête de Murrat Willis qui ont entraîné quatre cas d'occlusion intestinale. Elles ont été produites par Armstrong de Montréal, Oliver de Cincinnati, Mac Laren de St-Paul.

D'autres observations ont paru plus récemment, celles de M. Walther en particulier. Il semble qu'en la circonstance on ait été tenté d'exagérer. Que des adhérences se soient produites à la suite d'appendicectomie sans enfouissement, le fait n'est pas contestable, mais est-ce au non-enfouissement qu'il faille l'imputer ? N'a-t-on pas constaté les mêmes adhérences sur des cœcums à moignon enfoui. Il est intéressant de constater que certains auteurs ont précisément reproché à la méthode d'enfouissement de provoquer la création d'adhérences; voilà ce qu'écrit à ce sujet J. Shelton Horsley : « J'ai eu l'occasion de réopérer pour d'au- » tres causes un certain nombre de malades chez qui » le moignon appendiculaire n'avait pas été enfoui et » n'ai pas constaté d'adhérences sérieuses ni d'autres » complications. Dans la majorité des cas où l'enfouis- » sement avait été fait j'ai trouvé des adhérences » épaisses ou un bloc intestinal, ou le diverticule décrit » par Bunts (Surg. Gyn. et Obs., décembre 1914) » lequel diverticule consiste en une hernie de la muqueuse à travers un cœcum dont les fibres circulaires basales de l'appendice ont été atrophiées et détruites à la suite de la suture en bourse.

Ainsi, ces adhérences ont été tour à tour imputées aux deux méthodes. Il nous semblerait juste de conclure en disant que ni l'une ni l'autre n'est responsable d'une réaction due au traumatisme opératoire lui-même que l'on pratique ou non l'enfouissement. Sans

compter, dans la facilité avec laquelle certains organismes élaborent des adhérences, un important facteur subjectif; voilà sans doute ce qui explique les résultats si peu concordants des diverses statistiques faites à ce sujet. Enfin, comment montrer d'une façon évidente la relation qui existe entre le non-enfouissement et l'adhérence qui le compliquerait; la preuve est difficile pour ne pas dire impossible à faire. M. Quenu, enfouisseur, a prétendu, il est vrai, qu'un moignon appendiculaire non enfoui se péritonise spontanément dans l'abdomen au contact des organes voisins; la pathogénie des adhérences est dès lors évidente. Mais nous savons d'autre part que le moignon non enfoui est résorbé au bout de 5 ou 6 jours; cela supposerait dès lors une formation bien rapide de la part des adhérences incriminées.

Enfin, M. de Martel a mis en lumière un autre fait : « Si le moignon appendiculaire provoque des adhérences, dit-il, pourquoi le gros moignon d'un méso gras n'en provoquerait-il pas? Or, personne ne se » préoccupe d'enfouir le moignon du méso. »

A vrai dire, il semble qu'il y ait eu une assez grande partialité déployée dans cette lutte entre enfouisseurs et non-enfouisseurs; nous en avons ici la preuve. D'un fait général comme la formation d'adhérences, frappant également les deux méthodes dans des cas bien déterminés, on a cherché à faire grief successivement à chacune d'elles.

Il n'est donc nullement prouvé que le non-enfouissement puisse provoquer plus d'adhérences que l'enfouissement. Les statistiques faites à ce sujet sont, ainsi que nous le voyions tout à l'heure, absolument

opposées. Nous ne pouvons donc conclure qu'en constatant le peu de portée d'un argument si cher aux enfouisseurs.

D. — Si la ligature du moignon vient à lâcher, disent enfin les enfouisseurs, l'enfouissement, de par la barrière séreuse qu'il comporte, n'est-il pas un obstacle à l'infection péritonéale qui ne manquerait pas de se produire au contact des matières septiques filtrant par la lumière du moignon?

De fait, des cas de péritonite aiguë ou chronique, de fistules, de suppurations traînantes, ont été signalés à la suite de non-enfouissement dans certaines statistiques. S'il était prouvé qu'à la base de ces accidents se trouvait toujours le relâchement ou le glissement de la ligature du moignon, les enfouisseurs auraient raison de reprocher la faute technique commise « l'appendice étant composé de tissus mous et succulents, sur lesquels les fils tiennent bien ». Mais d'autres facteurs, tous les facteurs étiologiques banaux, peuvent entrer en jeu : à savoir la contamination du champ opératoire par le liquide appendiculaire, la septicité des catguts employés aux ligatures, la libération d'adhérences circonscrivant un petit abcès et bien d'autres causes encore. Mais alors comment s'expliquer que ces accidents soient imputés à une méthode? N'y a-t-il pas là encore de la partialité?

E. — Il existe un excellent argument en faveur de l'enfouissement : les statistiques des enfouisseurs sont très satisfaisantes. — Nous avons vu que toutes les données théoriques en faveur de la méthode sont plus apparentes que réelles : devant cette preuve pratique nous ne pouvons que nous incliner.

Il est juste cependant de constater parallèlement que les non-enfouisseurs ont aussi des statistiques excellentes; on ne peut comparer les pratiques de chirurgiens de chaque école et chercher à en déduire la meilleure; on aboutirait ainsi à des conclusions absolument erronées. Il serait plus intéressant, chez un même chirurgien, de pouvoir confronter les résultats obtenus par chaque méthode; c'est une enquête à laquelle d'ailleurs se prêtent rarement les opérateurs, car ils tiennent à la technique qu'ils ont employée dès le début et lui restent fidèles; ou bien, ils abandonnent une méthode nouvelle pour eux à la suite d'un cas malheureux, ce qui peut arriver lorsque l'on n'est pas bien familiarisé avec une technique et reviennent à leur pratique habituelle avec une ferme opinion sur les inconvénients et les dangers de la méthode essayée, ce qui n'est pas juste. Nous publions ici une statistique de 340 cas que notre maître, M. le Professeur Lerat, a bien voulu nous confier. M. H. Lerat était primitivement enfouisseur. Il a abandonné le procédé de l'enfouissement parce qu'il avait vu survenir trois abcès secondaires vers le sixième jour après des interventions faites absolument à froid et parce qu'ayant suivi la communication de M. de Martel il avait attribué la formation de ces abcès à des points probablement perforants passés inaperçus. Depuis 1923, il a opéré 180 appendicites à froid sans enfouir le moignon. Il n'a eu à constater aucune complication.

Quoi qu'il en soit, en admettant même que d'après les statistiques les résultats des deux méthodes soient également bons, n'y aurait-il pas encore un argument

en faveur du non-enfouissement puisque celui-ci a l'avantage, à résultats égaux, de simplifier la technique? La complication qu'est l'enfouissement n'a donc même pas sa raison d'être dans des résultats nettement meilleurs. Nous verrons d'autre part dans la seconde partie de cet ouvrage les graves inconvénients qui lui sont reprochés.

II^{me} PARTIE

Le Non-enfouissement

TECHNIQUE OPERATOIRE

La question est simple. Il suffirait de se reporter au manuel opératoire décrit dans la première partie au sujet de l'enfouissement et d'y supprimer tout ce qui a trait à ce temps de l'opération. Nous n'aurions plus alors que quatre temps opératoires: 1° Incision des téguments; 2° Recherche de l'appendice; 3° Ablation de l'appendice; 4° Fermeture de la paroi.

Nous retrouverons ici les mêmes coutumes opératoires, les mêmes préférences; bref, le même facteur personnel que nous avons signalé au sujet de la technique générale de l'appendicectomie avec enfouissement du moignon. Nous n'y reviendrons pas. Il nous semble cependant intéressant de citer ici, comme nous l'avons fait au sujet de l'enfouissement, la pratique suivie par quelques maîtres de la méthode pour le traitement du moignon et son abandon dans la cavité abdominale. Ces bases étant solidement établies, nous aurons tout loisir pour en aborder ensuite la critique. M. de Martel cite spécialement comme chirurgiens non-enfouisseurs MM. Ricard, Routier, Témoin, Robineau, Seelig. Il serait injuste de ne pas lui résér-

ver à lui-même l'une des premières places parmi ces chirurgiens. Nous croyons devoir le citer : « Je lie » l'appendice à sa base, dit-il, avec un fil de lin très » solide et très serré. Je place une pince au-dessus et » aussi près du fil que possible et une autre pince à » ras de la première que je retire. Je sectionne lentement au thermo dans le sillon laissé par la première pince. »

Et plus loin ses conclusions : « Je pratique environ » 350 appendicectomies par an, jamais je n'enfouis » le moignon, cette technique ne m'a jamais causé le » moindre ennui. Je n'ai eu qu'une fois, dans un » intervalle de 16 ans, des accidents de péritonite à la » suite d'une appendicectomie à froid. La malade » réouverte et drainée a guéri. Je suis convaincu que » l'enfouissement du moignon ne sert absolument à » à rien. Je crois que dans quelques très rares cas il » est nuisible... Je crois que le surjet d'enfouissement » ne sert à rien parce que le moignon appendiculaire » bien lié ne lâche jamais (par bien lié, j'entends lié, » serré avec un fil de lin et pas de catgut). On peut » attacher des poids à un fil lié sur l'appendice coupé » à ras du fil jusqu'à ce que l'appendice casse et sans » que le fil lâche. Le moignon appendiculaire ainsi lié » est complètement privé de circulation et il se flétrit » et disparaît en très peu de jours. Je l'ai constaté. » On ne conçoit pas comment il pourrait dans ces » conditions adhérer solidement à quelque chose. J'ai » réopéré bien des malades que j'avais opérés d'appendicectomie. Je n'ai que rarement trouvé des » adhérences. J'en ai opéré qui avaient été appendicectomisés par des enfouisseurs et j'ai trouvé quel-

» quefois, malgré l'enfouissement, quelques adhéren-
» rences. Quant aux accidents septiques que provo-
» querait le moignon non enfoui, ils ne se produisent
» jamais et les courbes de température des appen-
» dices non-enfouis sont au moins aussi régulières
» que celles des appendices enfouis. L'enfouissement
» transforme l'extraordinaire bénigne opération de
» l'appendicectomie en une opération cœcale et je ne
» puis concevoir qu'on fasse de gaieté de cœur,
» quand ça n'est pas absolument nécessaire, des
» points sur le cœcum : ils risquent toujours d'être
» perforants et parfois aussi ils provoquent des
» hématomes sous-séreux. »

Il n'est pas indifférent de rappeler que M. de Martel, élève de M. Rochard, de M. Second, de MM. Bougle et Herbert, enfouisseurs, était aussi primitivement enfouisseur. Poussé par les excellents résultats obtenus par MM. Ricard et Routier, encouragé, d'autre part, par les comptes-rendus publiés par Seelig dans les « *Annals of Surgery* », il ne commença qu'en 1905 à ne plus pratiquer l'enfouissement. Ce n'est pas de propos délibéré, mais à la suite d'expériences concluantes, qu'il transforma sa technique. Pendant 6 mois consécutifs, au cours de ses appendicectomies, M. de Martel pratiqua une fois sur deux l'enfouissement. « Les courbes de température furent de la façon la plus évidente en faveur des appendices non-enfouis. » C'est à dessein que nous rapportons ici les études comparées faites par M. de Martel dans ses appendicectomies. La statistique de M. H. Lerat que nous avons sous les yeux, quoique beaucoup moins importante que celle de M. de Martel, présente avec

elle une grande analogie et permet d'arriver aux mêmes conclusions.

AVANTAGES DE NON-ENFOUISSEMENT

Comme nous l'avons déjà fait dans la première partie de ce travail, nous réunirons dans un même chapitre les avantages du non-enfouissement et les inconvénients de l'enfouissement.

Ces arguments se confondent d'ailleurs souvent et nous croyons juste de les étudier ensemble. Ils visent d'autre part au même but et permettent par conséquent de mieux fixer le parallèle entre les deux méthodes.

Les non-enfouisseurs se sont enfin basés surtout sur des déductions d'ordre négatif pour conclure à la supériorité du non-enfouissement: ils ne veulent pas enfouir parce qu'à leurs yeux, l'enfouissement est un acte dangereux et nuisible. C'est du fait des nombreux inconvénients de l'enfouissement que le non-enfouissement tire ses avantages. Voici d'ailleurs quels sont les principaux arguments cités dans cet ordre d'idées en faveur de la libération pure et simple du moignon appendiculaire dans la cavité abdominale après appendicectomie :

A. — **L'enfouissement provoque la formation d'une cavité close renfermant un moignon plus ou moins septique.** — C'est donc une fausse manœuvre qui, sous prétexte de « donner l'impression d'un travail achevé » remplit au contraire toutes conditions requises pour l'exaltation de la virulence microbienne et la formation d'abcès consécutifs.

Les enfouisseurs ont répondu que précisément la barrière séreuse qu'ils édifiaient était destinée à limiter les accidents et à ne pas laisser s'infecter tout le péritoine. Y a-t-il là une objection sérieuse ; nous ne le croyons pas ; nous pensons que la barrière de l'enfouisseur n'est qu'une vue de l'esprit en tant que barrière et est bien incapable d'arrêter la suppuration lorsque celle-ci se produit. Or, il est certain que la cavité close est un facteur important de l'exaltation de la virulence microbienne : c'est une loi universellement admise. Écoutons à ce sujet M. Routier : « Si » je voulais, dit-il, bâtir des hypothèses sur ce qui » pourrait arriver dans le cas où une infection même » légère persistant on enfouirait le moignon sous une » suture péritonéale, je dirais qu'il doit se passer là » ce qui arrive toujours quand on pratique une » suture au-dessus d'une plaie infectée : je dirais cette » suture doit être plus nuisible qu'utile ». M. Routier, non-enfouisseur, a une très grande pratique et ne se rappelle pas avoir vu d'accidents partir du moignon non enfoui : « Je ne voudrais pas compter sur l'enfouissement, dit-il encore, pour suppléer au défaut de stérilisation du moignon. »

M. Routier croit que par une cautérisation méticuleuse on peut obtenir l'asepsie du moignon. Nous savons, à la suite des expériences de M. de Martel, ce qu'il faut penser de cette stérilisation toujours incomplète, nous apprend-il.

Quoi qu'il en soit, les inconvénients de la cavité close produite par l'enfouissement sont admis par certains enfouisseurs eux-mêmes. M. Jalaguier avoue que la cavité d'enfouissement peut devenir le siège

d'une infection reconnaissant le moignon comme point de départ. De son côté, M. Tuffier insiste dans sa technique pour que les points de la bourse séreuse soient aussi rapprochés que possible du moignon de façon à produire une cavité très peu spacieuse. Ces aveux, émanés d'adeptes de la méthode d'enfouissement, ne sont-ils pas significatifs ?

B. — D'autres inconvénients aussi sont reprochés à l'enfouissement. Nous citerons en passant la formation d'**hématomes sous-séreux dus à la perforation d'un vaisseau par l'aiguille de l'enfouisseur**.

Cette perforation se traduit par un épanchement sanguin qui décolle la tunique séreuse du cæcum et peut filtrer par la piqûre de l'aiguille jusqu'au contact d'un moignon septique. On obtient ainsi une infection certaine et tous les accidents qui peuvent en résulter depuis l'abcès localisé jusqu'à la péritonite généralisée et la fistule stercorale.

Ces hématomes sont plus ou moins importants quant au volume, mais il est rare qu'ils se résolvent sans passer par le stade de la suppuration. Tous les chirurgiens les connaissent bien et s'appliquent, lorsqu'ils font leurs sutures à éviter les vaisseaux : de là, la réponse des enfouisseurs qui ne veulent voir dans l'hématome que le résultat d'une faute de technique.

Il y a lieu, croyons-nous, de distinguer les vaisseaux apparents, toujours évitables, et les vaisseaux non apparents qu'une malchance peut faire perforer : dans ce second cas, il ne peut être question, à proprement parler, de faute technique. Des hématomes ont été créés par l'aiguille des chirurgiens les meilleurs et les plus consciencieux.

En tout cas, cette discussion aura au moins eu l'avantage de bien faire ressortir l'importance du temps de l'enfouissement et les soins minutieux qu'il comporte pour les chirurgiens qui continuent à le pratiquer.

C. — Après les hématomes viennent tout naturellement **les points perforants**.

Ce n'est évidemment là encore qu'un accident malheureux mais possible. L'enfouisseur, au lieu de perforer simplement la séreuse cœcale, a perforé par malchance les trois tuniques : il laisse ainsi une solution de continuité entre le milieu intestinal, cœcal, devrions-nous dire, milieu particulièrement septique et d'autre part la cavité péritonéale. Il infecte de plus son aiguille pour les points suivants : nous retrouverons donc ici, mais avec une logique bien plus grande que précédemment, les mêmes complications infectieuses que nous avons signalées à la suite d'hématomes.

Les enfouisseurs répliquent qu'il ne peut encore être question ici comme pour l'hématome que de faute de technique et M. Pierre Fredet remarque ironiquement : « L'enfouissement n'offre de gros dangers que lorsqu'on l'associe à la perforation du » cœcum : je ne sache pas que cette pratique figure » dans le manuel opératoire recommandé ».

La question n'est pas là ; il s'agit simplement de savoir si le point perforant est possible, s'il a été fait. Or, des statistiques d'une part, des travaux et des expériences anatomiques de M. de Martel d'autre part, il résulte non seulement que le point perforant est pos-

sible, mais encore qu'il est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'imagine généralement.

Ces accidents (hématomes, points perforants) signalés à la suite des manœuvres d'enfouissement ne se produisent que par malchance, mais ils se sont produits déjà maintes fois même entre les mains des meilleurs chirurgiens ; à ce point de vue la méthode est donc attaquable.

C'est intentionnellement que nous disions tout à l'heure que le point perforant peut arriver par malchance à l'enfouisseur ; il ne peut être question là de faute de technique. Écoutons encore à ce sujet ce que pense M. de Martel, qui a particulièrement étudié la question.

« Que faites-vous quand vous essayez, sur une paroi
» extrêmement mince, de faire un point non perforant. Vous vous efforcez de faire passer la pointe
» de votre aiguille entre deux plans parallèles et très
» proches, un seul de ces plans étant visible, et la distance infime qui les sépare vous étant inconnue.
» Ou vous chargez sur la pointe de votre aiguille assez
» de tissu pour que le point tienne et vous faites dans
» ces cas très rares et malheureux un point perforant,
» ou vous faites semblant et, afin de satisfaire au
» dogme sans danger, vous chargez sur votre aiguille
» une pellicule séreuse infiniment mince qui se rompt
» et se coupe dans les quelques minutes qui suivent.

» Quand l'intestin est vraiment mince le point perforant est fréquent : voilà le fait. Il est certainement
» rarement mortel et cela s'explique très bien. Si sur
» le cadavre on pratique une suture à la Lembert en
» émaillant intentionnellement le surjet séro-séreux

» de points perforants, il faut une pression d'eau assez
» élevée pour faire sourdre le liquide à travers les
» points et sur un intestin vide et vivant, c'est-à-dire
» ayant une tonicité que n'a plus celui du cadavre,
» rien ne doit passer et des adhérences protectrices
» ont le temps de se faire dans la grande majorité
» des cas. Je tiens à insister sur ceci, c'est que c'est une
» maladresse intellectuelle de prendre le point perfo-
» rant pour une faute opératoire. »

D. — Nous pourrions citer encore à la charge de l'enfouissement les **phlébites** résultant comme l'hématome de la perforation d'un vaisseau; le contact d'un moignon septique provoque ensuite la formation d'un thrombus lancé dans le torrent circulatoire.

E. — Mais l'argument capital des non-enfouisseurs réside dans l'inutilité que présente à leurs yeux l'enfouissement.

Cet argument a d'autant plus de portée que nous venons de voir les graves dangers inhérents à la méthode. Si encore, ces dangers étaient compensés par un avantage réel, il y aurait peut-être des indications à chaque technique : il n'en est rien.

Nous avons donc en parallèle, d'un côté une méthode simple, donnant de bons résultats toujours, de l'autre une méthode plus longue, plus minutieuse, difficile même, avec possibilité de complications imprévues, donnant encore du reste de bonnes statistiques.

STATISTIQUE DE M. LE PROFESSEUR LERAT.

Cette statistique comprend 340 cas d'appendicites opérées à froid. Dans 160 cas l'enfouissement a été pratiqué. Dans 180 cas l'enfouissement n'a pas été fait.

Dans les 160 cas où il y a eu enfouissement, voici la technique qui a été employée :

a) Incision de Max Schuller variant comme longueur de 3 à 8 centimètres suivant les difficultés rencontrées dans la recherche ou l'extériorisation de l'appendice ;

b) Extériorisation de l'appendice ;

c) Ligature de l'appendice et du méso par deux catguts enchaînés. — Dans quelques cas d'appendicite sous-séreuse la section première a dû être faite après ligature isolée de la base de l'appendice ;

d) Section de l'appendice au ras d'une pince qu'on fait glisser pour refouler le contenu de l'appendice ;

e) Cautérisation du moignon appendiculaire au thermo-cautère ;

f) Enfouissement par suture en bourse au fil de lin très fin, avec la petite aiguille courbe à intestin de Reverdin en essayant d'éviter les vaisseaux et en passant l'aiguille autant que possible au niveau des bandelettes cœcales.

— Dans quelques cas peu nombreux le repli iléo-appendiculaire a été simplement rabattu sur le moignon sans enfouissement préalable.

Sur les 160 cas où cette technique a été pratiquée nous avons observé :

Deux hématomes qui ont été causés par la piqûre d'un petit vaisseau invisible qu'il était impossible par conséquent d'éviter. L'un de ces hématomes n'a été suivi d'aucune complication. Le second hématome très important survenu dans une appendicectomie pratiquée chez une jeune fille de 16 ans s'est manifesté vers le 2^e jour par des phénomènes généraux graves et particulièrement par une grande accélération du pouls. Il n'y a pas eu de suppuration et les symptômes inquiétants ont cessé au bout de 2 jours.

Enfin, trois abcès secondaires ont été observés. Ces trois abcès ont été nôtés — chez un petit garçon de 8 ans — chez une femme de 23 ans — chez une jeune fille de 12 ans. Ils ont évolué dans les trois cas d'une façon absolument identique. Dans les trois premiers jours consécutifs à l'opération tout s'était passé normalement ; ce fut le soir du troisième ou du quatrième jour — c'est-à-dire le soir du jour où on avait donné une légère purgation qu'ont débuté les symptômes : légère accélération du pouls 92-96 ; petite élévation de température 37°8-38 ; douleurs abdominales profondes et irradiations lombaires n'étant pas comparées par les malades aux douleurs causées par les gaz. Le lendemain ces symptômes se sont accentués et les douleurs sont devenues de plus en plus vives. Le surlendemain les douleurs sont devenues intolérables. On fit sauter deux points de suture, et les catguts de la paroi dans la partie inférieure de l'incision. Il est sorti alors dans les trois cas de la cavité péritonéale un pus fétide — un grand verre dans deux cas —

presque 1/2 litre dans un autre cas (chez la jeune femme de 23 ans). Dans les trois cas tout était rentré dans l'ordre huit jours après l'incision évacuatrice. Il nous semble très vraisemblable que ces trois abcès secondaires, profonds, intra-péritonéaux ont été causés par des points perforants passés inaperçus au moment de l'intervention. Nous sommes amenés à le croire par ce fait que dans les trois cas c'est toujours dix à douze heures après la purgation que les symptômes ont débuté. Il est logique de penser que c'est au moment où la purgation agit, c'est-à-dire au moment où la pression intestinale est augmentée, qu'il se fait à travers le ou les points perforants un petit suintement du liquide intra-intestinal. En tout cas, que l'infection se soit faite chez nos trois opérés par fusées de liquide septique à travers de petites perforations coréales ou par suppuration du moignon en cavité close par suite de l'enfouissement, il n'y a aucun doute sur l'origine intestinale des abcès qu'on ne peut mettre sur le compte d'un catgut mal stérilisé et cela à cause de la situation intra-péritonéale de l'abcès et de l'odeur tout à fait particulière du pus.

Dans les 180 cas où l'enfouissement n'a pas été pratiqué, voici la technique qui a été employée :

- a) Incision de Max Schuller ;
- b) Extériorisation de l'appendice ;
- c) Ligature de l'appendice et de son méso par deux catguts enchaînés ;
- d) Section de l'appendice au ras d'une pince de Kocher qu'on a fait glisser pour refouler le contenu appendiculaire ;
- e) Désinfection du moignon appendiculaire :

— dans 75 cas par cautérisation au thermo-cautère ;
— dans 105 cas par attouchement à la teinture d'iode ;

f) La portion du cœcum extériorisée et le moignon appendiculaire sont rentrés dans l'abdomen qui est refermé par une suture à trois plans.

Dans les 180 cas opérés de cette façon, c'est-à-dire dans lesquels il n'a pas été pratiqué d'enfouissement aucune complication post-opératoire n'a été observée. Il semblerait même que les courbes de température sont plus rapidement normales d'une façon absolue. Il n'est pas douteux enfin que l'émission des gaz se fait beaucoup plus vite, quelquefois le soir même de l'opération, le plus souvent dès le lendemain matin.

» s'agit d'une manœuvre inutile, l'accident qu'elle
» provoque une fois par hasard est sans contre-partie,
» puisqu'aucun avantage ne vient le compenser ».

Vu : Le Président,
LECÈNE.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- MAX SCHÜLLER. — *Archives de Langenbeck*, 1889, p. 856.
- RECLUS. — *Société de Chirurgie*, 1890.
- SCHWARTZ. — *Société de Chirurgie*, 12 mars 1891.
- ROUTIER. — *Société de Chirurgie*, 10 juin 1891.
- JALAGUIER. — *Société de Chirurgie*, 28 avril 1892.
- JALAGUIER. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*,
Tome VI, page 687.
- ROUX. — *Revue méd. Suisse Romande*, 20 mai 1890.
- ROUX. — *Revue méd. Suisse Romande*, 20 février 1897.
- MAC BURNEY. — *Annals of Surgery*, juillet 1894.
- JALAGUIER. — *Presse médicale*, 2 février 1897.
- CHAPUT. — *Société de Chirurgie*, 1899.
- VIGNARD. — *Thèse de Lyon*, 1899.
- PONCIN. — *Thèse de Lyon*, 1901.
- VIGNARD. — *Revue de Chirurgie*, 1901.
- SCHWARTZ. — *Société de Chirurgie*, 1902.
- SEELIG. — « Traitement du moignon dans l'appendicectomie » (*Annals of Surgery*, novembre 1904 ; n° 143.)
- HOEPFL. — *Arch. für Klin. Chirurg.*, 1904.
- BUTLLE. — *American Journal of Surgery*, juin 1905.
- Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* : 1905.

- JONNESCO. — *Société de Chirurgie de Bucarest*, 1904.
- JONNESCO. — *Société de Chirurgie de Bucarest*, 1906.
- DELAGENIÈRE. — *Archives médicales d'Angers*, 1905.
- GOSSET. — *Presse médicale*, n° 76, septembre 1905.
- ZELLER. — *Aertz Praty, Berlin*, 1906.
- GREIC. — *The Lancet*, London, 1906.
- TRANQUILLI. — *Gazette-Rome*, 1907.
- THÉVENOT. — *Revue de Chirurgie*, Paris, 1907.
- KIRMISSON. — *Méd. moderne*, février, 1907.
- Annals of Surgery*, juillet 1903.
- DELMAS. — « Adhérences douloureuses péricœcales consécutives à l'appendicectomie ». *Thèse*, Paris, 1909.
- BERTELSMANN. — *Centralblatt für Chirurgie*, juin 1909.
- BÆRM. — « Sur la technique opératoire de l'appendicectomie » (*Centralblatt für Chirurgie*, juillet, 1909.)
- STUBENRAU. — « Sur certaines formations kystiques dans le moignon après appendicectomie » (*Gazette médicale de Munich*, août 1909.)
- CHEVRIER. — *Quinz. hôp.*, 1909.
- HOLM. — « Traitement du moignon après appendicectomie ». *Thèse de Berlin*, février 1910.
- MAUCLAIRE. — *Arch. gén. de chir.*, juin 1910.
- BUSSET. — *Thèse*, Paris, 1911.
- KELLY. — *Technique opératoire*.
- RADEW. — *Journal of American medical Association*, n° 8.
« Technique pour l'ablation de l'appendice et la fixation au cœcum.
- J. SHELTON HORSLEY. — *Operative Surgery*, 1921.

Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie. Séances
des 8 et 21 décembre 1920, 25 janvier 1921, 8 février
1921, 22 février 1921, 8 mars 1921.

DE MARTEL. — *Presse médicale*, 17 août 1921.

DE MARTEL. — *Société de Chirurgie*, 6 mai 1925.
